

Número de ID del cliente:

Nombre:

Dirección:

Formulario de Inscripción (Enrollment Form)

¡Tan fácil como contar 1-2-3!

1. Por favor marque una casilla para mostrar que desea obtener atención médica para las personas de su familia.

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MHC | <input type="checkbox"/> ANH | <input type="checkbox"/> KFHP |
| <input type="checkbox"/> CHPW | <input type="checkbox"/> GHC | <input type="checkbox"/> CARGO POR SERVICIO |
| <input type="checkbox"/> CUP | <input type="checkbox"/> RBS | <input type="checkbox"/> <u>CLÍNICA PCCM</u> |

2. Escriba el nombre del doctor o de la clínica que le gustaría para cada persona. Todos los doctores y clínicas que enumere deben estar en el plan que usted eligió más arriba. Llame a los doctores para saber si están afiliados al plan de salud.

ID del cliente	Nombre del cliente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Cómo calificaría usted la salud de esta persona?					¿Condiciones de salud especiales o retraso en el desarrollo?	
		Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Sí	No
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Alguna de las personas mencionadas arriba está embarazada o va a ser operada?

- Embarazada ID del familiar del cliente: _____ Fecha de parto: _____
 Doctor o clínica: _____
- Fecha programada para la cirugía ID del familiar del cliente: _____ Fecha: _____

Elija UNA manera para informarnos sobre su elección.

- Inscribirse en línea: www.WAProviderOne.org
- Llame al sistema automatizado en cualquier momento: 1-800-562-3022
- Llene, doble y devuelva con la dirección de Respuesta comercial en el exterior (no necesita estampilla)
- Llene y envíe por fax al: **360-725-2144**

**Si tiene alguna pregunta llame al 1-800-562-3022,
de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 ó al 1-866-668-1214**

Proveedor Número Uno